



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Eeva Löppönen

POTILAIDEN FYYSINEN RAJOITTA- MINEN

Opas Vaasan keskussairaalaan

Sosiaali- ja terveysala
2017

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Eeva Löppönen
Opinnäytetyön nimi	Potilaiden fyysinen rajoittaminen, Opas Vaasan keskussairaalaan
Vuosi	2017
Kieli	suomi
Sivumäärä	48 + 1 liite
Ohjaaja	Pirjo Peltomäki

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön aiheena on potilaiden fyysinen rajoittaminen. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas potilaiden fyysisestä rajoittamisesta. Fyysisellä rajoittamisella tarkoitetaan potilaan liikkumisen rajoittamista jonkin laitteen tai apuvälineen, esimerkiksi magneettivöiden tai rannesidoksien avulla. Suomessa sairaalahoidossa joudutaan toisinaan rajoittamaan potilaiden liikkumisvapautta heidän turvallisuutensa takaamiseksi. Tätä toimintaa ohjaavaa lainsäädäntöä ei Suomessa ole.

Työn tavoitteena oli, että vuodeosastojen hoitohenkilökunta saisi lisää tietoa aiheesta, joka on hiukan epäselvä vallitsevan lakiaukkotilanteen vuoksi. Tavoitteena oli, että tiedon avulla hoitokäytännöt voisivat kehittyä nykyistä enemmän näyttöön perustuviksi ja eettisesti kestäviksi, kuitenkin niin ettei hoitohenkilökunnan tai potilaiden turvallisuus vaarantuisi.

Opinnäytetyö koostuu teoriaosuudesta, asiantuntijahaastatteluista ja projektiosuudesta. Opinnäytetyön projektiosuus on teoriaosuuden ja asiantuntijahaastatteluiden pohjalta laadittu opas, joka tehtiin Vaasan keskussairaalan aikuisten vuodeosastoille.

Opas sisältää teoriaa potilaiden itsemääräämisoikeudesta ja fyysisestä rajoittamisesta, interventioita rajoittamisen tarpeen vähentämiseksi, tietoa turvallisesta fyysisestä rajoittamisesta sekä tietoa rajoittamistilanteiden asianmukaisesta seurannasta ja kirjaamisesta.

Avainsanat	Fyysinen rajoittaminen, itsemääräämisoikeus, potilasturvallisuus, hoitotyö
------------	--

ABSTRACT

Author	Eeva Löppönen
Title	Physical Restraint of Patients, Guide for Vaasa Central Hospital
Year	2017
Language	Finnish
Pages	48 + 1 Appendix
Name of Supervisor	Pirjo Peltomäki

This practice-based bachelor's thesis is about physical restraint of patients. Physical restraint means limiting the patient's ability to move, for example with magnetic belts or tying the patient's wrists. Patients in somatic inpatient care are sometimes restrained to guarantee their safety. Guidelines for this are lacking in the current legislation.

The aim of this bachelor's thesis was to provide more information for the nursing staff on the subject, which currently is a bit unclear because of the gaps in the law. The aim was, that with more information the practices could be developed to a more evidence-based, and ethically sound direction and so that either the staff's or the patient's safety would not be compromised.

This bachelor's thesis includes three parts: theoretical part, expert interviews, and the project. The project was a written guide for Vaasa Central Hospital. The guide was composed based on the expert interviews and theoretical part of the thesis, and it was made for the inpatient wards of the hospital.

The guide includes a theoretical part on patient autonomy, physical restraint, interventions that strive to reduce the need for the use of physical restraint, information on safe restraint use, and instructions for adequate supervision and documenting of the use of physical restraints on patients.

Keywords Physical restraining, patient autonomy, patient safety, nursing

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	9
2	TARKOITUS JA TAVOITTEET	10
3	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA	11
4	POTILAAN ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS	13
	4.1 Tahdosta riippumaton hoito	13
	4.2 Mielenterveyslaki.....	14
5	POTILASTURVALLISUUS	16
6	FYYSINEN RAJOITTAMINEN	17
	6.1 Rajoittamisen syyt.....	17
	6.1.1 Fyysisen rajoittamisen mahdolliset ei-toivotut vaikutukset.....	19
	6.2 Fyysisen rajoittamisen yleisyys ja myötävaikuttavat tekijät.....	20
	6.3 Fyysisen rajoittamisen ennaltaehkäisy.....	23
	6.4 Toimintamallit ja interventiot	24
	6.5 Fyysinen rajoittaminen eettisen neuvottelukunnan kannanotossa	27
	6.6 Rajoittamisen toteuttaminen, kirjaaminen ja seuranta	28
7	POTILAAN SEKAVUUS JA AGGRESSIIVISUUS	31
	7.1 Iäkkäät potilaat.....	32
	7.2 Aikuinen potilas	33
	7.3 Päihteiden aiheuttama intoksikaatio	33
	7.4 Mielenterveyden häiriöt	34
	7.5 Kehitysvammaisuus	34
8	PROJEKTIN TOTEUTUS	35
	8.1 Tiedonhaun toteuttaminen	35
	8.2 Haastattelujen toteuttaminen.....	36
	8.3 Haastattelujen tulokset	37
	8.4 Yhteistyö tilaajan kanssa.....	40
9	KIRJALLINEN OPAS TUOTOKSENA	41

10	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	42
10.1	Eettisyys	42
10.2	Projektin arviointi	43
10.3	Jatkotutkimusaiheet.....	43
	LÄHTEET	44

LIITTEET

TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1. Tutkimussuunnitelman SWOT-analyysi.....	12
Taulukko 2. Fyysisen rajoittamisen syyt akuuttihoidossa.....	18
Taulukko 3. Fyysisen rajoittamisen yleisyys Suomessa.....	21
Taulukko 4. Rajoittamiseen myötävaikuttavat tekijät.....	22
Taulukko 5. Fyysisten rajoitteiden käytön vähentäminen käyttäen hoitotyön inter-ventioita.....	24
Taulukko 6. Potilaan turvallinen fyysinen rajoittaminen lepositein.....	29
Taulukko 7. Tiedonhaku.....	36

LIITELUETTELO

Liite 1. Haastattelulomake

1 JOHDANTO

Potilaan itsemääräämisoikeutta ja rajoitustoimien käyttöä säätelevää lakia ei Suomessa ole. Potilaiden fyysisestä rajoittamisesta on säädetty mielenterveyslaissa, päihdehuoltolaissa, tartuntatautilaissa ja erityishuoltolaissa, mutta niistä ainoastaan tartuntatautilaki on selkeästi sovellettavissa somaattiseen sairaalahoitoon. Suomen perustuslain mukaan ihmisen henkilökohtaista vapautta saa rajoittaa vain lain nojalla, eikä se koskaan saa olla mielivaltaista. (L 731/1999.) Rajoitustoimenpiteitä voidaan joskus perustella pakkotilalla, josta säädetään rikoslain 4. luvun 5 §:ssä. ”Pakkotilalla tarkoitetaan tilannetta, jossa oikeudellisesti suojatun edun (esimerkiksi oikeus elämään) pelastamiseksi välittömästi ja pakottavasta vaarasta joudutaan uhraamaan toinen oikeudellisesti suojattu etu (esimerkiksi itsemääräämisoikeus)” (Vaula 2014). Usein terveydenhuollossa henkilökunta toimii kuitenkin epäselvin valtuuksin (Saarnio 2009, 16; Salmen-Puumalainen 2014, 6).

Tämä toiminnallinen opinnäytetyö tehtiin Vaasan keskussairaalaan, vuodeosastoille joissa hoidetaan somaattisesti sairaita potilaita. Aihe rajattiin koskemaan nimenomaan somaattista hoitoa saavia potilaita, sillä psykiatrisen hoidon piirissä ei vallitse samanlaista lakiaukkotilannetta rajoittamistoimien suhteen. Työ sisältää teoriaosuuden jossa käsitellään fyysistä rajoittamista, sen syitä, yleisyyttä ja potilaiden itsemääräämisoikeutta sekä potilaiden sekavuutta joka on usein syynä rajoitteiden käyttöönotossa. Tämän projektiopinnäytetyön tuote on teoriaosuuden ja asiantuntijahaastatteluiden pohjalta kirjoitettu opas Vaasan keskussairaalan vuodeosastoille. Opas kertoo potilaiden fyysisen rajoittamisen ennaltaehkäisystä, rajoittamisen turvallisesta toteuttamisesta ja sen seurannasta.

2 TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa opas Vaasan keskussairaalaan. Työhön sisältyy teoriaosuus, asiantuntijahaastattelut ja tuote. Tuotteena on opas Vaasan keskussairaalan aikuisten vuodeosastoille. Opas tehdään tämänhetkisen lainsäädännön, hallituksen lakiehdotuksen HE 108/2014, Valviran ohjeen, näyttöön perustuvan tutkimuksen ja asiantuntijahaastatteluiden perusteella.

Työn tavoitteena on lisätä potilasturvallisuutta oppaan avulla, jossa on henkilökunnalle tietoa potilaiden itsemääräämisoikeudesta, fyysisen rajoittamisen tarpeen ennaltaehkäisystä, turvallisesta fyysisestä rajoittamisesta ja fyysiseen rajoittamiseen liittyvistä potilasturvallisuus riskeistä. Tavoitteena on myös parantaa sairaalan kirjaamiskäytäntöjä rajoittamistilanteiden suhteen. Oppaan avulla henkilökunta pystyy paremmin ennaltaehkäisemään rajoittamistilanteita ja toimimaan niin, ettei heidän tai potilaiden turvallisuus taikka oikeusturva vaarantuisi. Lisäksi tavoitteena on, että henkilökunta pystyisi kriittisesti arvioimaan rajoittamistoimien tarvetta, ja ensisijaisesti käyttämään vähemmän rajoittavia toimenpiteitä sekä pystyisi toimimaan eettisesti kestävästi, ja mahdollisuuksien mukaan yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen omaisten kanssa.

3 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle työlle. Projektityyppisellä opinnäytetyöllä pyritään tukemaan jonkin työyksikön toiminnan ja työkäytäntöjen kehittymistä. (Lapin AMK 2017.) Projekti eli hanke on selkeästi määritelty tehtäväkokonaisuus, jonka tarkoituksena on siis vastata johonkin työelämän tai organisaation tarpeeseen. Jokainen hanke tai projekti on ainutkertainen ja muodostuu työn tavoitteiden pohjalta. Projektin tavoitteiden tulee olla selkeät, realistiset ja sellaiset, että ne kuvaavat hyvin sitä toiminnan tai tilanteen muutosta, johon projektin tekemisellä pyritään. (Silfverberg 2007, 21.)

Projektit koostuvat usein seitsemästä eriteltävästä vaiheesta; esisuunnittelu-, tutkimussuunnitelma-, suunnitelman arviointi ja viimeistely-, sopimus-, käynnistämis-, toteutus-, arviointi- ja lopettamisvaiheesta. Esisuunnitteluvaiheeseen kuuluu alustava ideointi, projektin tarpeellisuuden ja perusteiden arvioiminen ja toteutusorganisaation määrittely ja organisaation tarpeiden määrittely. Tähän vaiheeseen kuuluvat myös työn tavoitteiden ja sisällön määrittäminen. Arviointivaiheeseen taas kuuluvat projektin riskien ja heikkouksien arviointi, esimerkiksi SWOT-analyysin avulla. Sopimusvaiheessa opinnäytetyötä tehdessä haetaan kohdeorganisaatiosta ja koululta tutkimuslupaa. Mikäli lupa myönnetään tilaajan ja koulun puolesta, edetään käynnistys-, ja toteutusvaiheisiin. Väliarviointivaihe ei lyhytkestoisissa tai pienissä projekteissa ole oleellista, sillä arvioitavaa materiaalia ei yleensä ole niin paljon, että tarvittaisiin ulkopuolisen henkilön suorittamaa väliarviointia. Jälkiarviointi sen sijaan kuuluu olennaisesti opinnäytetyönteko prosessiin. Opinnäytetyöntekijä arvioi omaa työskentelyä ja etenemistä pohdintaosiossa, sekä saa opponentin työnsä ulkopuoliseksi arvioijaksi. Projektin lopettamisvaiheeseen kuuluu valmiin materiaalin jakaminen, sellaisen materiaalin hävittäminen, joka uhkaa haastateltavien anonymiteettiä ja jatkotutkimus ja jatkohanke ehdotuksien laatiminen. (Silfverberg 2007, 36–38.)

Taulukko 1. Tutkimussuunnitelman SWOT-analyysi.

<p>Vahvuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Aihe josta ei ole tehty paljon opinnäytetöitä. ◦ Ajankohtainen ja kiinnostava aihe ◦ Kentän tarve tiedolle 	<p>Heikkoudet</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Aihetta ei ole tutkittu paljoa, niin että tutkimus olisi rajoitettu koskemaan somaattista hoitoa ◦ Puuttuva lainsäädäntö ◦ Opas voi vanhentua nopeasti, kun/jos uusi itsemääräämisoikeuslaki astuu voimaan ◦ Oppaan tekeminen aiheesta on vaikeaa
<p>Mahdollisuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Kirjaamiskäytäntöjen parantaminen ◦ Potilasturvallisuuden parantuminen ◦ Käytäntöjen kehittyminen jatkossa 	<p>Uhat</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Suojaamistoimenpiteiden manuaalinen kirjaaminen voi olla epäkäytännöllistä paperittomaksi pyrkivässä sairaalassa. ◦ Valmis opas saattaa olla epäkäytännöllinen, epäuskottava tai ohjeiden noudattaminen veisi liikaa henkilökunnan resursseja, ja se jää käyttämättä.

4 POTILAAN ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS

Potilaan itsemääräämisoikeus on johtava periaate sosiaali- ja terveydenhuollossa. Se tarkoittaa, että potilaalla on oikeus osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, ja halutessaan myös kieltäytyä hänelle tarjotusta hoidosta. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrää, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, ja niin ettei hänen ihmisarvoaan tai vakaumustaan loukata, ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. (L 1992/786.)

Jos täysi-ikäinen ihminen ei pysty ilmaisemaan hoitotahtoaan tai päättämään hoidostaan, on kuultava potilaan lähiomaista tai laillista edustajaa ennen merkityksellisen hoitopäätöksen tekemistä. Jos selvitystä omaisilta tai edustajalta ei ole saatavilla, potilasta hoidetaan tavalla, jota pidetään hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena. Jos potilas on hengenvaarassa, hänelle annetaan tarpeellinen hoito, vaikka hän ei pystyisi antamaan selvitystä tajuttomuuden tai muun syyn vuoksi. Sellaista hoitoa ei kuitenkaan saa antaa, joka on potilaan aikaisemmin ilmaisemaa hoitotahtoa vastaan. (L 1992/786; Valvira 2015.)

4.1 Tahdosta riippumaton hoito

Jos potilaalla on, tai hänellä epäillään olevan jokin tartuntavaarallinen tauti, joka on määritelty yleisvaaralliseksi, voidaan hänet tartuntatautilain 1227/2016 nojalla eristää sairaanhoitolaitokseen. Eristäminen saa kestää enintään 2 kuukautta. Sairaalassa potilaalle voidaan antaa parantavaa hoitoa myös tahdosta riippumatta. (L 1227/2016.)

Päihdehuoltolaissa (L 1986/41) tahdosta riippumattomasta hoidosta, potilaan eristämisestä ja rajoittamisesta säädetään luvussa 2 näin: Tahdosta riippumattomaan hoitoon voidaan määrätä henkilö, joka on hengenvaarassa tai saamassa vakavan terveydellisen vamman tai vaurion, jos päihteidenkäyttöä ei keskeytetä ja hän saa asianmukaista hoitoa. Päihteiden käytön vuoksi voidaan määrätä hoitoon myös, jos

päihtynyt henkilö vaarantaa väkivaltaisella tavalla perheensä jäsenen tai muun henkilön terveyttä ja turvallisuutta. Tahdosta riippumattomaan hoitoon otettu henkilö voidaan eristää, jos hän on vaaraksi itselleen tai muille. Eristäminen saa kestää korkeintaan 24 tuntia, jonka jälkeen tarvitaan uusi eristämislupa. Eristämisen tulee tapahtua niin että potilas on henkilökunnan jatkuvan huolenpidon alaisena. (L 1986/41.)

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta uudistui vuonna 2016. Lain pykälässä 42j säädetään näin: Jos kehitysvammainen henkilö vastustaa hänelle lääketieteellisesti välttämättömän terveydenhuollon antamista, voidaan häntä hoitaa tahdosta ja vastustuksesta riippumatta hoitavan lääkärin luvalla. Potilasta voidaan lyhytaikaisesti pitää kiinni tai liikkumista voidaan rajoittaa välineen avulla hoito- ja tutkimustoimenpiteiden aikana, kuitenkin enintään tunnin ajan. Päätöksen potilaan fyysisestä rajoittamisesta toimenpiteiden ajaksi tekee lääkäri. Kiireellisissä tilanteissa asiasta voi päättää myös hoitaja, mutta asiasta on ilmoitettava hoitavalle lääkärille välittömästi. Jos potilas tulee tarvitsemaan vastustamaansa hoitoa tai toimenpidettä pitkäaikaisesti, voi lääkäri tehdä kirjallisen rajoittamisluvan 30 päiväksi kerrallaan. Rajoitustoimenpiteiden toistuvaa käyttöä on seurattava ja arvioitava säännöllisesti. (L 2016/381.)

4.2 Mielenterveyslaki

Psykiatristen potilaiden tahdonvastaisesta hoidosta säättää mielenterveyslaki. Psykkisesti sairas potilas saattaa tarvita myös somaattista hoitoa, mutta hoitoa voi hankaloittaa heikentynyt päätöksentekokyky ja sitouttamattomuus hoitoihin. Jos hoito on potilaan terveyden kannalta välttämätöntä ja potilas ei ymmärrä päätöksensä merkitystä psyykkisen sairauden takia, päätöksen somaattisesta hoidosta tekee hoidosta vastaava lääkäri. Tahdonvastaisessa psykiatrisessa osastohoidossa oleva potilas voi olla myös somaattisessa hoidossa. Hoidon päätyttyä somaattisen puolen sairaalassa potilas kotiutetaan takaisin psykiatriseen sairaalaan. (Ämmälä & Ekelund 2012, 648–651.)

Mielenterveystien 22b §:n mukaan potilaan tahdosta riippumatta suoritettavista hoito- ja tutkimustoimenpiteistä päättää häntä hoitava lääkäri. Hoitava lääkäri päättää myös potilaan kiinnipitämisestä tai sitomisesta hoitotoimenpiteen ajaksi taikka muusta hoidon suorittamisen kannalta välttämättömästä lyhytaikaisesta rajoitustoimenpiteestä. Mielenterveystien 22k §:n mukaan sairaalan psykiatrasta hoitoa antavassa yksikössä tulee olla kirjalliset, riittävän yksityiskohtaiset ohjeet siitä, miten potilaan itsemääräämisoikeuden rajoituksia toteutetaan. Itsemääräämisoikeuden rajoitusten käytön seurannan ja valvonnan turvaamiseksi on hoitoyksikössä pidettävä erillistä luetteloa rajoituksista. Luetteloon tulee merkitä potilaan tunnistetiedot, rajoitusta koskevat tiedot sekä rajoituksen määränneen lääkärin ja rajoituksen suorittajien nimet. (L 1990/1116.)

5 POTILASTURVALLISUUS

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan periaatteita ja toimintakäytäntöjä, joilla varmistetaan sairaanhoidon palvelujen turvallisuus. Tavoitteena on, että potilas saa oikean, tarvitsemansa hoidon niin, että siitä aiheutuu potilaalle mahdollisimman vähän haittaa. (THL 2011.) Fyysistä rajoittamista käytetään pääasiassa potilaiden turvallisuuden takaamiseksi (Viden 2013, 53). Tieteellistä näyttöä siitä, että rajoittamisen keinoilla voitaisiin lisätä potilasturvallisuutta, on hyvin vähän. Monien tutkimusten mukaan potilaiden liikkumisen rajoittaminen ei lisää hoidon turvallisuutta. (Alarvo-Messo 2010, 12–16.)

Terveystieteiden tutkimuskeskuksissa säädetään potilaiden hoidosta ja turvallisuudesta näin: ”Terveystieteiden tutkimuskeskuksien toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveystieteiden tutkimuskeskuksien toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua.” (L 2010/1326.) Potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992) annetun lain 3 §:n 2 momentin mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksien ammattihenkilöistä annetun lain (L 559/1994) 15 §:n 1 momentin mukaan terveystieteiden tutkimuskeskuksien ammattihenkilön on ammatissaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja perusteltuja menettelytapoja. Ammattihenkilön on pyrittävä ylläpitämään ja täydentämään tiedon ja koulutuksensa tasoa. Ammattitoimintaa harjoittaessaan terveystieteiden tutkimuskeskuksien ammattihenkilön tulee punnita ja ottaa huomioon potilaalle koituva hyöty ja mahdolliset haitat.

6 FYYSINEN RAJOITTAMINEN

Fyysinen rajoittaminen tarkoittaa sellaisen laitteen, huonekalun, materiaalin tai apuvälineen käyttöä, jonka tarkoituksena on estää henkilön vapaa liikkuminen. Laite tai apuväline voi olla henkilön vartalon lähellä, tai kiinni vartalossa ja on sellainen, jota hän ei voi itse hallita tai poistaa. Fyysistä rajoittamista voidaan harjoittaa käyttämällä turvaliivejä, lepositeitä/ magneettivöitä, rannesidoksia tai haara-vyötä potilaan liikkumisen estämiseksi. Laitteen tai apuvälineen avulla henkilö saadaan pysymään sängyssä, tuolissa tai huoneessa. Fyysiseksi rajoittamiseksi katsotaan myös sängynlaitojen ylös nostaminen, erilliseen tilaan lukitseminen ja geriatrisen tuolin käyttö ylös nousemisen estävän pöytälevyn kanssa. Fyysistä rajoittamista on myös henkilökunnan sellainen voiman käyttö, että potilas ei pysty liikkumaan, tai potilasta liikutetaan väkisin. Laajimmillaan fyysinen rajoittaminen tarkoittaa mitä tahansa interventioita, jonka tarkoitus on rajoittaa henkilön liikkumista tai vartalon normaalia toimintaa. (Saarnio 2009, 22–23; Salmen-Puumalainen 2013, 2.) Soittokellon pois ottaminen, soittokelloon vastaamatta jättäminen, puutteellinen pukeminen ja liikkumisen apuvälineiden pois ottaminen ovat epäsuoria fyysisen rajoittamisen keinoja (Viden 2013, 52).

6.1 Rajoittamisen syyt

Potilaita rajoitetaan heidän itsensä, toisten potilaiden ja henkilökunnan turvallisuuden ja terveyden takaamiseksi. Rajoittamistoimenpiteitä kutsutaan myös suojaamistoimenpiteiksi. (Sosiaali-, ja terveysministeriö, 2014; Viden 2013, 53.) Potilaan liikkumista rajoitetaan terveydenhuollossa silloin kun potilas käyttäytyy levottomasti, pyrkii poistamaan hoitovälineitä itsestään, on vaarassa kaatua, pudota tai muuten loukkaantua. Syitä rajoittamiseen voi olla myös potilaan aggressiivisuus hoitohenkilökuntaa tai toisia potilaita kohtaan, tai itsensä vahingoittaminen. (Salmen-Puumalainen 2013, 7–8; Viden 2013, 52.)

Evansin ja FitzGeraldin (2002, 737–739) kirjallisuuskatsauksessa käsiteltiin 23 tutkimusta, jotka koskivat potilaiden fyysistä rajoittamista. 13 tutkimusta koski akuuttihoitoa, ja 10 tutkimusta koski pitkäaikaishoito osastoja. Aineiston perusteella luotiin 4 kategoriaa siitä, mitkä ovat syitä potilaiden rajoittamiseen; henkilökunta ja organisaatio pohjaiset syyt, sosiaaliset syyt, potilaan hoitoon liittyvät syyt ja potilaaseen liittyvät syyt. (Taulukko 2.) Potilaaseen ja potilaan hoitoon liittyvät rajoittamisen syyt olivat yleisimpiä.

Taulukko 2. Fyysisen rajoittamisen syyt akuuttihoitossa. (Evans & FitzGerald 2002.)

Henkilökunta ja organisaatio pohjaiset syyt	7/13 tutkimuksesta kävi ilmi, että potilaiden fyysisellä rajoittamisella kompensoitiin joskus henkilökunnan vähäistä määrää. Yhdessä tutkimuksessa kävi ilmi, että rajoittamista käytettiin hoitajien työmukavuuden lisäämiseksi. Yhden tutkimuksen mukaan rajoittamista käytettiin joskus potilaiden rankaisemiseksi silloin, kun he eivät olleet yhteistyökykyisiä.
Sosiaaliset syyt	4/13 tutkimuksesta kävi ilmi, että potilaita rajoitettiin muiden potilaiden ja hoitohenkilökunnan turvallisuuden takaamiseksi. Rajoittamisen syynä saattoi olla myös aikomus estää potilasta ottamasta toisten potilaiden tavaroita, tai estää häntä häiritsemästä toisia potilaita.
Potilaan hoitoon liittyvät syyt	11/13 tutkimuksessa rajoittamisen syynä oli hoitoon liittyvät syyt. Potilas saattoi pyrkiä poistamaan kanyyleja, katetria, nenämahaletkua, happiviiksiä, intubaatioputkea tai haa-vasidoksia, jonka takia potilasta rajoitettiin.

Potilaaseen liittyvät syyt	Kaikissa kolmessatoista tutkimuksessa mainittiin rajoittamisen syyksi potilaaseen liittyvät syyt. Potilaaseen liittyvät syyt jaettiin 4 alakategoriaan;			
	Turvallisuus 92 %: Kaatumisen, tai tipumisen ehkäisy	Agitaatio 62 %: Aggressiivisen käytöksen hallinta	Käytös 46 %: Sekavuus, levottomuus	Vaeltelu 46 %: Sängystä pois kiipeämisen, harhailun ehkäisy

6.1.1 Fyysisen rajoittamisen mahdolliset ei-toivotut vaikutukset

Sitomisella voi olla ei-toivottuja fyysisiä ja psyykkisiä vaikutuksia. Sitomisen vaikutuksia on tutkittu pääosin ulkomailla, vain vähän suomessa. Australialaisessa kirjallisuuskatsauksessa vertailtiin 12 eri tutkimusta jotka käsittelivät potilaiden fyysistä rajoittamista ja potilasvahinkoja. Kahdestatoista vertaillusta tutkimuksesta viisi tarkasteli rajoittamista somaattisessa sairaalahoidossa. Loput tutkimukset keskittyivät vanhustenhoitolaitoksiin. 3/5 tutkimuksesta havaittiin, että sidottujen potilaiden sairaalahoitajakso pitkittyi verrattuna niihin potilaisiin, joita ei oltu fyysisesti rajoitettu. 3/5 tutkimuksesta havaittiin myös, että sidotut potilaat saivat todennäköisemmin jonkin tulehduksen tai/ja painehaavoja, kuin ne potilaat joita ei oltu fyysisesti rajoitettu. (Evans, Wood & Lambert 2003, 274–282.) Fyysinen rajoittaminen saattaa aiheuttaa potilaalle myös henkistä haittaa, kuten ahdistuneisuutta ja pelkokiiloja (Saarnio 2009, 31; Salmen-Puumalainen 2014, 8).

Vanhukset ovat erityisen herkkiä fyysisen rajoittamisen negatiivisille, ei-toivotuille vaikutuksille. Fyysisiä vaikutuksia ikääntyneillä potilailla ovat mm. fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen, ääreisverenkierron heikentyminen, infektioherkkyyden lisääntyminen, kardiovaskulaariselle stressille altistuminen, virtsainkontinenssi, lihasten surkastuminen, painehaavat, ja kuolleisuuden lisääntyminen. Psyykkisiä vaikutuksia ovat mm. kognitiivisen toimintakyvyn heikkeneminen, passiivisuus, sekavuuden lisääntyminen, levottomuuden lisääntyminen, depressiivi-

syyden lisääntyminen, aggressiivisuuden lisääntyminen, verbaalisen aggressiivisuuden lisääntyminen, toivottomuuden ja avuttomuuden tunne sekä pelon ja vihan tunne. (Pitkälä 2012, 2362; Saarnio 2009, 31.)

Väärin tai huolimattomasti toteutettu magneettivyö/leposidehoito on yhteydessä lisääntyneisiin komplikaatioihin, kuten murtumiin, hermovaurioihin, aspiraatiokeuhkokuumeeseen, painehaavaumiin ja jopa kohonneeseen kuolemanriskiin. Leposidehoidosta aiheutuneet potilasvahingot voivat olla korvattavia. (Pitkälä 2012, 2362; Kaivola & Lehtonen 2002, 3504–3509.)

6.2 Fyysisen rajoittamisen yleisyys ja myötävaikuttavat tekijät

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin alueella toteutetussa tutkimuksessa seurattiin ympärivuorokautisessa hoidossa olevien iäkkäiden potilaiden hoidossa käytettäviä rajoitteita ja niiden käyttöä yhden vuorokauden ajan. Otos koostui 1439 potilaasta. Tänä aikana 52 % potilaista rajoitettiin fyysisesti. (Taulukko 3.) Yleisin rajoittamisen keino on ylös nostetut sängynlaidat, joita käytettiin 48 %:lla, 671 potilaalla. Muita käytettyjä rajoittamisen menetelmiä olivat magneettivyö vyötärön ympärillä 44 potilaalla, liikkumisen estäminen kiinteällä tarjottimella 93 potilaalla, oven lukitseminen 73 potilaalla, liikkumisen apuvälineiden poistaminen 11 potilaalla, henkilökunnan fyysinen voimankäyttö liikkumisen estämiseksi 4 potilaalla, sekä kaikkien raajojen sitominen 3 potilaalla. (Kuronen 2017, 46.)

Kuopion kaupunginsairaassa tehtiin selvitys rajoitteiden käytöstä potilaiden hoidossa akuuttiosastoilla. Rajoitteiden käyttöä seurattiin vuorokauden ajan, ja tänä aikana tiedot saatiin 100 potilaasta, joka on 84 % kaikista potilaista akuuttiosastoilla. Kuopiossa rajoittamista käytettiin 56 %:lla potilaista. (Taulukko 3.) Sängynlaitojen ylös nostaminen oli yleisen rajoittamisen muoto, jota käytettiin 55 potilaalla. Tuoliin vyöllä rajoitettiin 8 potilasta, kun taas 100 potilaasta vain 1 oli sidottuna magneettivyöillä, jonka aikana hänellä oli vierihoidaja. (Kokko, Hokkinen, Vanjoki & Lönnroos 2017, 529–530.)

Päijät-Hämeen ja Kymenlaakson alueella potilaiden rajoittamisesta tehtiin selvitys vuonna 2012. Otantaan kuuluivat kaikki alueen somaattisen sairaalahoidon osastot, ja ympärivuorokautista hoivaa tarjoavat yksiköt. Vastauksia saatiin 144, ja vastaajina toimivat osastojen ja yksiköiden esimiehet. 76 % (Taulukko 3.) vastaajista ilmoitti, että heidän yksikössään käytetään vuoteen laitojen nostamista. Potilaan sitoamista tuoliin käytettiin 79 % yksiköistä. Lepositeitä/magneettivöitä käytettiin 42 % yksiköistä. Ovia potilaiden liikkumisen estämiseksi lukittiin 52 % yksiköistä, mutta omaan huoneeseen potilaita lukittiin vain kahdeksassa (6 %) yksikössä. (Sakomaa, Vartia, Yliruka & Kapanen 2013, 8–17.)

Salmen-Puumalaisen pro gradu -tutkielmassa haastateltiin aiheesta sairaanhoitajia ja lähihoitajia, jotka työskentelivät erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla, ensihoidossa ja päivystyksessä sekä terveyskeskusten vuodeosastoilla ja kotihoidossa. Vastaajia oli yhteensä 129. (Taulukko 3.) Hoitajilta kysyttiin mitä fyysisen rajoittamisen keinoja he olivat käyttäneet hoitotyössä. Yleisin keino oli potilaan ylösnousemisen estäminen ja hoitajista 91 % oli käyttänyt sitä. 86 % oli estänyt potilaan istumaan nousemisen, 84 % oli sitonut potilaan kädet, 73 % oli sitonut potilaan vartalon ja kaikki raajat, ja 71 % oli sitonut potilaan vartalon työuransa aikana. (Salmen-Puumalainen 2014, 24.)

Taulukko 3. Fyysisen rajoittamisen yleisyys Suomessa.

Tekijä ja vuosi	Missä tutkittiin	Otoksen laatu ja (lukumäärä)	Fyysinen rajoittamisen yleisyys
Kuronen, M. 2017.	Etelä-Savo	Potilaat (1439)	52 % potilaista rajoitettiin 1 vrk aikana.

Kokko, K. ym. 2017.	Kuopio	Potilaat (100)	56 % potilaista rajoitettiin 1 vrk aikana.
Sakomaa, J. ym. 2013.	Päijät-Häme ja Kymenlaakso	Esimiehet/hoitoyksiköt (144)	Ainakin 79 % hoitoyksiköistä käytti fyysistä rajoittamista potilaiden hoidossa.
Salmen-Puumalainen, K. 2014.	Suomi	Hoitajat (129)	91 % hoitajista oli joskus fyysisesti rajoittanut potilaita.

Taulukko 4. Rajoittamiseen myötävaikuttavat tekijät (Saarnio 2009, 27–29.)

Potilaaseen liittyvät tekijät:	Haastava käyttäytyminen, dementoiva sairaus, korkea ikä, miessukupuoli, runsas lääkkeiden käyttö, neurologinen sairaus, aikaisempi putoaminen tai kaatuilu ja omaisten huoli turvallisuudesta.
Hoitajiin liittyvät tekijät:	Huoli potilaan turvallisuudesta, lääkärin määräyksen toteuttaminen, omaisten toiveen toteuttaminen, kokemus kii-reestä töissä, ei koe mahdolliseksi osallistua päätöksentekoon työpaikalla, myönteinen suhtautuminen rajoitteiden käyttöön, puutteellinen tietämys rajoitteiden käytön haittavaikutuksista ja heikko työviihtyvyys.
Hoitoympäristöön liittyvät tekijät:	Osaston suuri pinta-ala, yhden hengen potilashuoneet, portaat, sokkeloinen pohjaratkaisu, heikko valaistus, apuvälineiden puuttuminen ja liukkaat lattiat.

**Organisaatioon
liittyvät tekijät:**

Suuri potilasmäärä, hoitajien vähäinen määrä, viikonloppuvorot, johtaminen, keskustelun puute työyhteisössä liittyen rajoitteiden käyttöön, rutiininomainen rajoitteiden käyttö, ja puuttuva lainsäädäntö.

Saarnio (2009, 27–29) keräsi ja selvitti pro gradu -tutkielmassaan aikaisemmassa tutkimustiedossa ilmi tulevia rajoittamiseen myötävaikuttavia tekijöitä (Taulukko 4.).

6.3 Fyysisen rajoittamisen ennaltaehkäisy

Useissa tutkimuksissa on todettu, että fyysisten rajoitteiden käytön vähentäminen ei ole lisännyt potilasvahinkoja. Rajoittamista ja pakon käyttöä on saatu vähennettyä muun muassa kehittämällä selkeitä linjauksia ja strategioita siitä, miten tiettyjen ongelmapotilaiden kanssa toimitaan, kuten esimerkiksi vaeltelevien potilaiden, aggressiivisten potilaiden ja niiden potilaiden kanssa jotka yrittävät irrottaa elämää tai hoitoa ylläpitäviä laitteita ja letkuja. (Evans & FitzGerald 2002, 735–743.)

Työyksiköissä tulisi varautua ennalta tilanteisiin, joissa potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan. Rajoittamistilanteita tulisi pyrkiä ehkäisemään mm. henkilökunnan kouluttamisen, potilaiden hyvän kohtelun ja tilaratkaisujen avulla. Henkilöstö mitoituksen on oltava riittävä tapaturmariskien ja väkivallan ennaltaehkäisemiseksi. Työyksikössä tulee olla myös selkeät kirjalliset ohjeet potilaan oikeuksien rajoittamisen periaatteista ja siitä, miten henkilökunnan tulee toimia kussakin tilanteessa. Henkilökuntaa tulisi myös kouluttaa ohjeiden käyttöön. (Vaula & Henriksson 2015, 689–691.)

6.4 Toimintamallit ja interventiot

Auroran ja Halikon psykiatrisissa sairaaloissa on kehitetty toimintamallit potilaiden sitomisen ja eristämisen välttämiseksi. Toimintamallit voivat osittain joissain tapauksissa olla sovellettavissa somaattiseen hoitoon. (THL 2016.)

1. Hoidollinen vuorovaikutus: läsnä olevaa vuorovaikutusta potilaan kanssa lisätään. Rauhoittava viestintä, jonka tavoitteena on potilaan puhumalla rauhoittuminen. Kuunnellaan mitä potilas todella sanoo, pelkojen, ajatusten ja tunteiden kuuleminen. Hoitajalta tämä vaatii kiireettömyyttä, ja pysähtymistä potilaan luokse.
2. Riittävä lääkitys: Lääkehoidon tarpeen ja vaikutusten arviointi, tarvittaessa tehostetun lääkehoidon toteuttaminen. Käytetään potilaalle määrättyjä tarvittavia lääkkeitä.
3. Ympäristöön vaikuttaminen: Pyritään pitämään ilmapiiri osastolla rauhallisena.
4. Vierihoido: potilas saa omahoitajan joka keskittyy vain tämän potilaan hoitoon, ja on läsnä hänen kanssaan. Vierihoidon yksi tavoite on, että potilaan turvallisuuden tunne lisääntyy ja hän rauhoittuu.

Pakkokeinojen käytön prosessimalli: edetään vähemmän pakottavasta toimenpiteestä kohti pakottavampaa. 1. tarvittava lääkitys, 2. vierihoido, 3. kiinnipito, 4. huone-eristys, 5. potilaan sitominen. Sairaaloissa, joissa prosessimalli oli käytössä, lepositeiden käyttö vähentyi tai loppui lähes kokonaan. (THL 2016.)

Lach ja Leach (2016, 17–25) tutkivat yhteensä 112 hoitotieteellistä artikkelia koskien potilaiden rajoittamista, ja näiden perusteella kehittivät interventioita, joiden tarkoituksena on vähentää fyysisten rajoitteiden käytön tarvetta (Taulukko 5).

Taulukko 5: Fyysisten rajoitteiden käytön vähentäminen käyttäen hoitotyön interventioita (Lach & Leach 2016.)

Lähestymistapa	Interventio
Fyysiset/fysiologiset	
Poista/lopeta tarpeettomat hoidot ja hoitovälineet	<i>Aloita p.o ravitseminen ja nesteytys heti kun se on mahdollista.</i> <i>Poista tarpeettomaksi jääneet i.v kanyylit ja nenä-mahaletku.</i>
Vähennä hoitovälineistä ja hoidoista aiheutuvaa häiriötä	<i>Kiinnitä letkut ja johdot hyvin.</i> <i>Pue potilaalle pitkähihainen paita, niin että i.v kanyyli peittyy näkyvistä.</i> <i>Peitä/suojaa haavat ja kanyylit siteillä.</i> <i>Pidä i.v nesteet ja letkut sekä muut hoitotarvikkeet ja välineet potilaan näkökentän ulkopuolella.</i>
Ennaltaehkäise potilaan kaatumista näyttöön perustuvasti, käytä loukkaantumisen riskiä vähentäviä suojia ja apuvälineitä	<i>Tarjoa liikkumisen apuvälinettä ja asianmukaisia jalkineita niitä tarvitsevalle.</i> <i>Käytä lonkkahousuja potilailla joilla on kohonnut riski kaatua.</i> <i>Tue aistitoimintoja antamalla potilaan silmälasit ja/tai kuulokoje.</i>
Kivunhoito	<i>Anna potilaalle kipulääkettä ajoissa ennen mahdollisesti kivuliaita toimenpiteitä kuten kylvettämistä ja haavasidosten vaihtoa, sillä kipu voi provosoida aggressiivisuutta.</i>
Psykologiset	
Lisää kommunikaatiota	<i>Selitä laitteiden ja välineiden tarkoitus, ja kerro hoidon tavoitteista.</i>

	<p><i>Kuuntele aktiivisesti potilaan tunteita, huolia ja pelkoja.</i></p> <p><i>Käytä tarvittaessa tulkkia tai pyydä perheenjäseniä auttamaan tulkkauksessa.</i></p>
Osallistuta omaisia hoitoon	<i>Pyydä omaisia tuomaan valokuvia tai muita potilaalle tärkeitä esineitä.</i>
Tarjota aktiviteettia ja/tai harhautusta	<p><i>Televisio, potilaalle mieleinen musiikki.</i></p> <p><i>Liikunta, palapelit, muut aktiviteetit.</i></p> <p><i>Tarjota jotain esinettä esim. stressipalloa, jota motorisesti levoton potilas voi pitää käsissään.</i></p>
Hoida deliriumia, sekavuutta ja aggressiivisuutta	<p><i>Pyri orientoimaan sekavaa potilasta nykyhetkeen verbaalisesti. Tuo tarjolle orientaatiota tukevia esineitä ja tavaroita, kuten kello, kalenteri ja radio.</i></p> <p><i>Esittele itsesi joka kerta kun tulet huoneeseen, kerro mitä teet.</i></p> <p><i>Ohjaa potilasta verbaalisesti, kun ei toivottua käytöstä esiintyy.</i></p> <p><i>Käytä rentoutusta.</i></p>
Hoitoympäristö	
Tarjota tehostettua valvontaa ja ohjausta	<p><i>Käy säännöllisillä kierroksilla potilashuoneessa tarkkailemassa potilasta.</i></p> <p><i>Sijoita potilas tilaan, jossa hänen valvonta ja tarkkailu helpottuvat.</i></p> <p><i>Mahdollinen vierihoito. Käytä myös omaisia hyödyksi, jos mahdollista.</i></p>
Poista vaaratekijät	<i>Poista rojut ja ylimääräiset tavarat kulkuväyliltä, pidä kulkuväylien lattiat siisteinä ja kuivina.</i>

6.5 Fyysinen rajoittaminen eettisen neuvottelukunnan kannanotossa

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE (2009) antoi kannanoton koskien potilaiden itsemääräämisoikeuden suoja- ja rajoitustoimenpiteitä: Suoja- ja rajoitustoimenpiteiden käytön tarkoitus terveydenhuollossa on potilaan turvallisuuden ja hoidon onnistumisen takaamisen. Ennen toimenpiteiden käyttöönottoa hoitohenkilökunnan on kuitenkin arvioitava, mitä vaaratilanteita tai vahinkoa niiden käytöstä voi aiheutua potilaalle. Suoja- ja rajoitustoimia suunniteltaessa henkilökunnan tulee ottaa huomioon seuraavat asiat:

1. Potilaan etu sekä hyvä hoito, oikeiden mukaisuus, itsemääräämisoikeuden ja ihmisarvon kunnioittaminen.
2. Ennen toimenpiteen käyttöönottoa arvioidaan sen merkitys potilaalle seuraavien hoitotyön periaatteiden kannalta: yhdenvertaisuus, vapaus, ihmisarvoinen kohtelu, koskemattomuus, turvallisuus ja suhteellisuus.
3. Potilaan tulee tulla kuulluksi hoitoonsa liittyvissä asioissa, myös suoja- ja rajoitustoimiin liittyvissä. Mahdollisuuksien mukaan toimenpiteen suunnittelu toteutetaan potilaan tai hänen omaisensa kanssa.
4. Jos potilas itse ei ole kykeneväinen osallistumaan toimenpiteiden arviointiin, on hänen omaistaan kuultava, ja hänen kanssaan tulee keskustella rajoitustoimien käyttöönotosta. On toivottavaa, että suoja- ja rajoitustoimenpiteet toteutetaan yhteisymmärryksessä potilaan laillisen edustajan kanssa. Äkillisessä toimenpiteen käyttöönotossa omaisia tulee tiedottaa asiasta mahdollisimman pikaisesti.
5. Vain terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat vastata potilaiden suoja- ja rajoittamistoimenpiteiden käyttöönotosta ja toteutuksesta.
6. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikössä tulee olla kirjallinen suunnitelma suoja- ja rajoittamistoimenpiteiden käytöstä.
7. Henkilöstön vähäinen mitoitus ei ole peruste rajoitustoimenpiteiden käytölle.

8. Potilaiden aiheuttamat vaara- ja uhkatilanteita tulee olla ennakoitu toiminta- ja kriisisuunnitelmissa.
9. Suoja- ja rajoitustoimenpiteiden käytön ennaltaehkäisyä varten tulee kehittää ennakoivia toimenpiteitä ja mittareita.
10. Suoja- ja rajoitustoimenpiteiden käyttöä tulee seurata ja arvioida terveydenhuollon toimintayksikössä.

Kannanoton lopussa neuvottelukunta esittää, että itsemääräämisoikeuden rajoitteista olisi säädettävä erillislaki, jonka yksi tavoite olisi rajoitustoimenpiteiden käytön ja tarpeen vähentäminen, mutta samalla turvallisuudelle välttämättömien suoja- ja rajoitustoimien salliminen terveydenhuollossa (ETENE 2009).

6.6 Rajoittamisen toteuttaminen, kirjaaminen ja seuranta

Potilaan fyysisestä rajoittamisesta on tehtävä aina yksilöity päätös, ja tämän päätöksen tekee potilasta hoitava lääkäri. Päätöstä tehtäessä asiaa arvioidaan potilaan hoitajan kanssa. Päätöksestä on keskusteltava myös potilaan kanssa, ja jos hän ei itse pysty päättämään hoidostaan, tulee potilaan lähiomaiselta saada suostumus, ja se tulee kirjata potilasasiakirjoihin. Lääkärin päätöksen jälkeen hoitohenkilökunta saa toteuttaa kyseistä rajoitustoimenpidettä kuitenkin niin, että jokaisella käyttökerralla arvioidaan kriittisesti rajoittamisen tarve. Jokainen rajoitustoimenpide tulee kirjata potilasasiakirjoihin. (Valvira 2015.)

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea (2005) julkaisi virallisen tiedotteen potilaiden sidontajärjestelmien käytöstä sen jälkeen, kun Suomessa ja muualla Euroopassa raportoitiiin potilaiden tapaturmaisista kuolemista liittyen fyysiseen rajoittamiseen sitomalla. Kuolemat olivat pääasiassa puristuskuolemia. Alla yhteen-
veto siitä (Taulukko 6.), mitä hoitohenkilökunnan tulee huomioida, jos potilasta joudutaan jostain syystä rajoittamaan lepositeillä.

Sidotulla potilaalla tulisi olla häntä erikseen valvomaan nimetty hoitaja, jonka nimi kirjataan myös sairauskertomukseen. Tämän hoitajan tehtävänä on huolehtia sido-

tun potilaan lääkityksestä, turvallisuudesta ja hyvinvoinnista, seurata peruselintointoja vähintään 20 minuutin välein ja myös kirjata potilaan vointi seurantalomakkeelle. (Vaula & Henriksson 2015, 692.)

Potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä on säädetty sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella (298/2009). Jos potilaan itsemääräämisoikeutta rajoitetaan esimerkiksi mielenterveyslain nojalla, siitä tulee tehdä potilasasiankirjoihin erillinen merkintä, josta käy ilmi toimenpiteen syy, luonne ja kesto, sekä arvio sen vaikutuksesta potilaan hoitoon samoin kuin toimenpiteen määränneen lääkärin ja suorittajien nimet.

Potilasasiakirjoista tulisi löytyä seuraavat merkinnät: syy rajoitustoimien käytölle, mitä muita keinoja kokeiltiin ensin, ja miksi ne eivät riittäneet, rajoittamisen alkamis- ja päättymisaika, päätöksentekijän nimi, suorittajien nimet, rajoittamisen kokonaiskesto ja seurantalomake (Vaula & Henriksson 2015, 691–692).

Taulukko 6. Potilaan turvallinen fyysinen rajoittaminen lepositein. (Fimea, 2005.)

Ennen rajoitustoimenpiteen aloittamista suorittajan tulee varmistua seuraavista seikoista:	Käytössä olevat sidontajärjestelmät ovat terveydenhuollon laiteille ja tarvikkeille annettujen vaatimusten mukaiset, kaikki osat ovat yhteensopivia sekä käyttökunnossa ja järjestelmää käyttäessä noudatetaan valmistajan antamia ohjeita.
Sitomisen yhteydessä suorittajan tulee varmistua siitä että:	Potilas ei yllä sähkösängyn ohjainyksikköön, sängynlaidat on lukittu yläasentoon, potilas ei pysty kuristumaan patjan, sängynlaitojen, tai sängynpäädyn väliin ja että potilas ei pysty tippumaan sängystä.

Erittäin levottomilla potilailla:

Sängynlaitojen suojaaminen, jotta potilaan raajat tai pää ei pääse puristumaan sivulaitoihin tai muihin sängyn rakenteisiin.

Rajoittamistoimenpiteiden seurannasta säädetään lakiehdotuksessa HE108/2014 näin: ”Palvelujen tuottajan on toimitettava aluehallintovirastolle vuosittain käyttämiään rajoitustoimenpiteitä koskevat tilastotiedot. Toimitettavien tietojen on sisällettävä selvitys käytetyistä rajoitustoimenpiteistä, rajoitustoimenpiteiden määrästä ja siitä, kuinka moneen potilaaseen tai asiakkaaseen rajoitustoimenpiteet ovat kohdistuneet.” (HE108/2014.)

7 POTILAAN SEKAVUUS JA AGGRESSIIVISUUS

Oulun yliopistollisen sairaalan päivystyksen ja ensihoidon tulosalueen apulaisylilääkäri Timo Lauri kertoo haastattelussa, että monilla ihmisillä on mielikuva, että pakkotoimia ja rajoittamista tarvitaan lähinnä silloin kun hoidetaan psykiatrisia potilaita, kun todellisuudessa suurin osa rajoitustoimenpiteistä tehdään somaattisessa sairaalahoidossa infektiosta, kallovammoista tai leikkauksenjälkeisestä tilasta johtuvan sekavuuden takia. (Sariola 2014, 2438.)

Sekavan henkilön puhe on harhailevaa, epäohdonmukaista ja hänellä saattaa olla harhaluuloja. Henkilön ajan ja paikan taju saattaa olla häiriintynyt. Hän saattaa tulkita ympäristöään väärin ja kärsiä myös aistiharhoista. Uni-valverytmi on epänormaali. Oireiden voimakkuus voi vaihdella lyhyenkin ajan sisällä, ja välillä henkilö saattaa vaikuttaa lähes selkeältä ja oireettomalta. (Huttunen 2015.)

Aggressiivisuudella tarkoitetaan ympäristöön tai toiseen ihmiseen kohdistuvaa tahallista vahingoittamista tai häiritsemistä. Aggressiivisuuteen liittyy adrenaliinin ja noradrenaliinin erityksen lisääntyminen sekä syketaajuuden ja verenpaineen nousu. Aggressiivinen henkilö kokee vihamielisiä tunnetiloja ja ajatuksia. Aggressiivisuus voidaan jakaa verbaaliseen, fyysiseen, esineisiin kohdistuvaan ja tekijään itseensä kohdistuvaan aggressiivisuuteen. (Koskentausta 2006, 4827–4833.)

Potilaan sekavan ja aggressiivisen käyttäytymisen syy tulee selvittää. Mahdollisen lääketieteellisen syyn, esimerkiksi hyponatremian, intoksikaation, sepsiksen tai kallovamman hoito aloitetaan välittömästi. Jos potilasta kuitenkin joudutaan rajoittamaan, on se tehtävä niin, ettei potilaan somaattinen hoito kärsi. (Vaula & Henriksen 2015, 691.)

Päivystystilanteessa sekavasta potilaasta selvitetään esitiedot (lääkitykset, päihteiden käyttö, mahdolliset vammat, mahd. vieroitusoireet) ja tarkistetaan tajunta (GCS), verenpaine, syke, EKG (elektrokardiografia), hengityksen arviointi, lämpö, verensokeri, hengityksen alkoholipitoisuus, kipu, virtsan huumausaineseulonta

sekä mahdolliset kuvantamis- ja laboratoriotutkimukset. (Vaula & Henriksson 2015, 691.)

Louhelan ja Saarisen (2006, 61) pro gradu -tutkielmassa esiteltiin tekijöitä potilaan olotilassa tai käyttäytymisessä, jotka olivat havaittavissa ennen kuin potilas alkoi käyttäytyä aggressiivisesti hoitohenkilökuntaa kohtaan. 231 aggressiivisesti käyttäytyneestä potilaasta 170 oli ollut levottomia, 165 sekavia, 160 äänekkäitä, 116 harhaisia, 84 pelokkaita, 40 kivuliaita ja 34 alkoholin vaikutuksen alaisena.

7.1 Iäkkäät potilaat

Iäkkäistä sairaalapotilaista 15-30 %:lla esiintyy sekavuutta. Sekavuusoireyhtymä (delirium) on aivo-oireyhtymä, joka johtuu jostakin somaattisesta sairaudesta. Yleensä sekavuusoireyhtymä parantuu, kun hoidetaan sen syy. Mahdollisia sekavuuden aiheuttajia iäkkäillä potilailla ovat virtsatietulehdus, elektrolyyttihäiriöt, infarktit tai muut tulehdukset elimistössä. Myös eräät lääkkeet aiheuttavat iäkkäille potilaille sekavuutta. Iäkkäät potilaat ovat herkempiä kärsimään leikkauksen ja anestesian jälkeisestä sekavuustilasta ja kognitiivisten toimintojen heikkenemisestä. Taudinkuvaan kuuluu äkillisesti ilmaantuva älyllisen toiminnan häiriö, esim. muistiongelmia. Puhe ja ajattelu saattavat olla epäjohdonmukaisia. Alle puolet delirioottisista vanhuspotilaista on aggressiivisia. Oireet ovat pahimmillaan ilta-yöaikaan. Potilas voi kärsiä myös näköharhoista. Vanhuksilla delirium sekoitetaan joskus dementiaan. Delirioottisen vanhuksen hoitoon kuuluu sekavuuden syyn selvittämisen ja hoitamisen lisäksi peruselintoiminnoista huolehtiminen ja rauhoittava suhtautuminen potilaaseen. Aggressiivisten sekavien potilaiden hoidossa lepoaiteita tulisi käyttää vain lyhyen aikaa, ja vain hätätilanteissa, sillä eräiden tutkimusten mukaan sitomisella saattaa olla kuolleisuutta lisäävä vaikutus. (Ali-Melkkilä & Randell 1998; Pitkälä 2006, 520–525.)

Muistisairaus voi olla vanhuksen sekavuuden ja levottomuuden syynä. Vuosittain Suomessa diagnosoidaan jokin muistisairaus noin 14 500 henkilöllä. On kuitenkin

arvioitu, että merkittävä osa muistisairauksista jää kokonaan diagnosoimatta. Yleisin muistisairaus on Alzheimerin tauti. Muita yleisiä tauteja ovat Lewyn kappale-tauti, vaskulaarinen dementia, otsa-ohimolohko rappeuma ja Parkinsonin taudin muistisairaus. Muistisairauden oireet pahentuvat usein vieraassa ympäristössä, kuten sairaalassa. Vieras ympäristö ja tutun hoitajan poistuminen lisäävät myös dementoituneen vanhuksen pelkoa, ahdistusta ja stressiä, joka näkyy ulospäin levottomana ja joskus aggressiivisena käytöksenä. Käytös saattaa olla potilaan yritys jäsentää vieraalta ja epätodelliselta tuntuvaa ympäristöä. (Käypä hoito-suositus 2017; Louhela & Saarinen 2006, 13.)

7.2 Aikuinen potilas

Myös aikuiset potilaat saattavat kärsiä deliriumista, suuressa riskissä siihen ovat aivovauriopotilaat sekä monisairaant. Delirium voi alkaa nopeasti esimerkiksi aivovamman tai epileptisen kohtauksen yhteydessä (Erkinjuntti & Leppävuori 2006, 161–162). Aikuisilla potilailla sekavuutta ja aggressiivista käytöstä voi aiheuttaa enkefaliitti, eli tulehdus potilaan aivoissa ja keskushermostossa. Enkefaliitti potilaista 75 % kärsii deliriumista ja aggressiivista käytöstä esiintyy noin 10 % potilaista (Färkkilä & Kolho 2006, 244–247). Myös aivovamman saanut potilas voi olla sekava. Sekavuus ja levottomuus tulee aivovammapotilailla hoitaa ensisijaisesti lääkkeettömin keinoin, rauhallisessa ympäristössä ja toisen ihmisen läsnä ollessa. (Käypä hoito -suositus 2008.)

7.3 Päihteiden aiheuttama intoksikaatio

Intoksikaatio (myrkytystila) voi aiheuttaa potilaan sekavuuden tai/ja aggressiivisuuden. Intoksikaatio voi johtua alkoholista, huumeaineista, lääkkeistä tai muista aineista. Jotkut päihteet saattavat aiheuttaa käyttäjilleen psykoosin, kuten kannabistuotteet ja hallusinogeenit. (Havio, Mattila, Sinnemäki & Syysmeri 1994, 102–105.)

Runsas jatkuva alkoholinkäyttö aiheuttaa käyttäjälleen unettomuutta, ahdistuneisuutta, aggressiivisuutta, paranoiaa ja depressiota (Havio, ym. 1994, 89). Runsaan

alkoholinkäytön äkillinen lopettaminen taas saattaa aiheuttaa alkoholin vieroitusoireyhtymän, (delirium tremens) jonka oireisiin kuuluvat kiihtyminen, aggressiivisuus, hallusinaatiot ja jopa kouristelut (Loisa 2006, 271). Louhela ja Saarinen (2006, 52) tutkivat potilaiden aggressiivista käytöstä päivystys- ja ensihoito tilanteissa. 42 uhkaavasti tai aggressiivisesti käyttäytyneestä potilaasta 70 % oli tuolloin päihteiden vaikutuksen alaisena.

7.4 Mielenterveyden häiriöt

Jotkut mielenterveyden häiriöt saattavat aiheuttaa potilaan sekavan käytöksen. Syitä voivat olla skitsofrenia, muut psykoosi, mania tai psykoottinen masennustila. (Leppävuori 2015, 627–628.) Psykiatrisista potilaista jopa 40-80 % on päihteiden ongelmakäyttäjiä. Erityisesti kaksisuuntaista mielialahäiriötä ja skitsofreniaa sairastavilla potilailla päihteiden väärinkäyttö on tavallista. Päihteiden väärinkäyttö ja mielenterveyden häiriöt yhdessä lisäävät merkittävästi potilaan riskiä aggressiiviseen käytökseen. (Holmberg 2013, 839.)

7.5 Kehitysvammaisuus

Kehitysvammaisista 35-50 %:lla esiintyy käytöshäiriöitä tai/ja mielenterveyden ongelmia. Häiriö saattaa joskus esiintyä haastavana käyttäytymisenä, kuten rauhatonmuutena, huutamisena, metelöimisena, itsensä vahingoittamisena, tavaroiden heitelynä tai toisten ihmisten lyömisenä. Toisiin ihmisiin kohdistuvaa aggressiivisuutta esiintyy 7-21 % kehitysvammaisista henkilöistä. Esineisiin kohdistuvaa, tuhoavaa käyttäytymistä esiintyy 4-15 % kehitysvammaisista. Levoton kehitysvammainen potilas tarvitsee oman vierihoidajan. Huonesijoituksessa tulee ottaa huomioon kehitysvammaisen potilaan erityistarpeet sekä mahdollinen äänekkyys ja/tai väkivaltaisuus toisia potilaita kohtaan. Vuorovaikutuksessa on tärkeää kiireettömyys ja rauhallisuus. Potilaan ohjaaminen ja asioiden esittäminen on hyvä tehdä selkokielellä. (Hohti 2013, 737; Koskentausta 2006, 4827–4833; Mannila & Pihko 2012, 103–108.)

8 PROJEKTIN TOTEUTUS

Aiheen valinta ja projektin suunnittelu lähtivät käyntiin tutkimus ja kehittäminen-kurssien myötä jo vuonna 2015, mutta varsinainen työn teko alkoi lokakuussa 2016. Lokakuussa opinnäytetyön tekijä sai tilaajan työlleen, Vaasan keskussairaalan. Tutkimussuunnitelma oli valmis tammikuussa 2017, ja tutkimusluvut koulusta ja keskussairaalaista saatiin helmikuussa. Opinnäytetyön teoriaosuuden kirjoittaminen alkoi helmikuun alussa. Teoriaosuus oli valmis huhtikuun lopussa, jolloin alkoi opinnäytetyön tuotteen, oppaan, kirjoittaminen.

8.1 Tiedonhaun toteuttaminen

Opinnäytetyön tietopohjan rakentamisen ja materiaalin hankkimisen ensimmäisiä vaiheita oli ajan varaaminen informaattikolle, jonka kanssa opinnäytetyöntekijä kävi läpi tiedonhakua tietokannoissa ja sopivia asiasanoja. Tiedonhakuun käytettiin kotimaisia ja ulkomaalaisia tietokantoja. Eniten käytettyjä tietokantoja olivat Medica ja PubMed (taulukko 7.). Terveysporttista ja Duodecim-terveyskirjastosta löytyi myös paljon hyvää aineistoa. Myös google scholaria käytettiin materiaalin etsimiseen. Kirjoja auttoi löytämään Yliopiston kirjaston Finna-palvelu. Useita hoitotieteellisiä julkaisuja opinnäytetyöntekijä löysi, ja pääsi lukemaan kirjaston Libguides sivuston kautta e-aineistona. Kaikkia julkaisuja ei ollut saatavilla maksuttomana e-aineistona. Usein nämä julkaisut löytyivät paperisina tiedekirjasto Tritonian tiivishyllyistä alimmasta kerroksesta, jossa sijaitsee kattava kokoelma hoitotieteellisiä aikakauslehtiä. Yhden olennaisen tutkimusartikkelin opinnäytetyöntekijä joutui tilaamaan toiselta paikkakunnalta opinnäytetyöntekijöille maksuttoman kaukolainapalvelun avulla.

Taulukko 7. Tiedonhaku

Tietokanta	Avainsanat	Rajaukset	Osumien määrä	Käytetyt tutkimukset
PubMed	restraint, physical, patients safety	10v, full text, english	28	2
Medic	potilasturvallisuus, hoitotyö	10v	15	1

8.2 Haastattelujen toteuttaminen

Asiantuntijahaastattelut ovat osa toiminnallisen opinnäytetyön prosessia, ja aineistonkeruuta. Haastattelujen avulla saadaan arvokasta tietoa aiheesta. Tämä aineistonkeruumenetelmä on hyvä silloin, kun aihe on vähän kartoitettu, halutaan syventää tietoa asiantuntijoita käyttäen, ja kun tutkitaan arkoja tai haastavia aiheita. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 204–212.)

Haastatteluun valittiin avoimet kysymykset, sillä niiden avulla vastaajilla oli mahdollisuus vastata kysymyksiin laajemmin, ja ilmaista itseään omin sanoin (Hirsjärvi ym. 1997, 201). Toteutusmuodoksi valittiin sähköisen lomakehaastattelun, sillä haastateltavat asuivat eri kaupungeissa kuin opinnäytetyöntekijä.

Lomakehaastattelu on strukturoitu ja tavoitteena on saada vastaus jokaiseen kysymykseen, haastattelijan määräämässä järjestyksessä. Strukturoidussa lomakehaastattelussa tulee kysyä sellaisia kysymyksiä, jotka ovat tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun kannalta merkittäviä. Kysymyksille pitää löytyä perusteet tutkimuksen viitekehyksestä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72–77.)

Opinnäytetyön asiantuntija haastatteluosuutta varten haastateltavana oli kaksi henkilöä; Erään keskussairaalan tarkkailuosaston osastonhoitaja, joka on tehnyt Pro gradu tutkielman potilaiden rajoittamisesta, ja anestesiologian erikoislääkäri, joka työskentelee erään yliopistollisen sairaalan neurokirurgisella vuodeosastolla sekä teho-osastoilla.

Haastattelu toteutui sähköisenä lomakehaastatteluna (Liite 1.) maaliskuussa 2017. Haastattelu koostui viidestä avoimesta kysymyksestä, joiden tarkoituksena oli saada tietoa rajoittamisesta ja sen kehittamisestä juuri niiltä henkilöiltä, jotka ovat mukana tekemässä rajoittamispäätöksiä, ja ovat tekemisissä asian kanssa usein. Toiselle vastaajalle lähetetty lomake sisälsi yhden ylimääräisen kysymyksen, joka koski nimenomaan tämän haastateltavan työorganisaatiota. Tämä kysymys on merkitty lomakkeeseen * merkillä.

Strukturoitujen lomakehaastattelujen analysointi alkoi aineiston lukemisella. Haastattelu vastausten purkamiseen käytettiin aineistolähtöistä analyysimallia. Aineistosta nostetaan esiin tutkimuskysymysten kannalta olennainen, ja se kuvataan luonnollisella kielellä. Aineistosta pyritään löytämään merkityskokonaisuuksia samantyyppisuuden perusteella. Analyysissa aineisto pyritään nimeämään teemaan liittyen, käsitteellistämään ja kerronnallisesti yleistämään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101–104.)

8.3 Haastattelujen tulokset

Vastaajilta kysyttiin pitäisikö heidän mielestä rajoittamista pyrkiä vähentämään, ja mitä keinoja vähentämiseen voisi olla. Toisen vastaajan mielestä rajoittamista tulisi vähentää, ja arvostaa enemmän potilaiden itsemääräämisoikeutta hoidon suhteen. Hänen mielestään myös henkilökuntamitoituksilla on vaikutusta rajoittamisen tarpeellisuuteen. Teho-osastolla työskentelevän vastaajan mielestä siellä tapahtuvaa rajoittamista ei ole tarpeen pyrkiä vähentämään, kunhan rajoittaminen tapahtuu vasta sitten kun muut keinot potilaan levottomuuden vähentämiseksi on kokeiltu.

”Henkilöstöresursseilla sitomisen tarpeellisuuteen on vaikutusta.”

”Teho-osaston näkökulmasta katsottuna sitominen on aiheellista vasta, kun muut keinot: omahoitajan ohjaus, rauhoittelu, potilaan mukava asento ja limaisuuden yms. hoito on varmistettu.”

Vastaajilta kysyttiin, miten hoitokulttuuri ja ilmapiiri osastoilla vaikuttavat rajoitustoimenpiteiden käyttöön. Toisen vastaajan mukaan työympäristössä jossa rajoitteiden käyttö on yleisesti hyväksyttyä, henkilökunta käyttää rajoitteita herkemmin ja ilman asian tarkempaa pohtimista. Osaston hoitokulttuuri yhdessä henkilöresursien kanssa voi vaikuttaa siihen, että rajoitteita käytetään tilanteen rauhoittamiseen osastolla, jotta osaston rutiinit kuten potilaiden syöttämiset, kierrot ja lääkkeiden jaot saataisiin hoidettua rauhassa. Toisen vastaajan mielestä potilasta kunnioittava ilmapiiri työyksikössä, moniammatillinen yhteistyö fysioterapeuttien kanssa, ja kuntoutumiskeskeinen näkökanta potilaan hoidossa vähentävät potilaiden fyysistä rajoittamista.

”Mikäli ilmapiiri on fyysiselle rajoittamiselle sallittu, sitä käytetään mahdollisesti jopa ilman sen kummemmin ajattelematta, mitä se merkitsee potilaalle.”

Toisen vastaajan kuntayhtymässä otettiin muutama vuosi sitten käyttöön ohjeet potilaiden suojaamisesta, suojaamisten kirjaamisesta ja seurannasta. Vastaajalta kysyttiin, onko osastojen käytännöt ja hoitohenkilökunnan asenteet rajoittamista kohtaan muuttuneet sen jälkeen, kun ohjeet otettiin käyttöön. Vastaajan mukaan potilaita rajoitetaan samalla tavalla ja yhtä usein kuin ennenkin, mutta rajoittamisen kestot ovat lyhentyneet, niin että potilaat irrotetaan rajoittavista laitteista heti tilanteen sen salliessa. Fyysisen rajoittamisen kirjaaminen on parantunut seurantalomakkeiden myötä.

Vastaajilta kysyttiin omaisten asemasta sekavan potilaan hoitotyössä, ja siitä informoidaanko heidän mielestään omaisia asianmukaisesti ja miten se käytännössä toteutuu. Heiltä kysyttiin myös, onko omaisten läsnäolosta hyötyä tai haittaa sekavia

potilaita hoidettaessa. Molempien vastaajien mielestä omaisten informointi on tärkeää ja kuuluu hoitotyöhön. Omaisille kerrotaan rajoittamispäätöksistä ja siihen johtaneista syistä. Vastaajat kokivat, että omaisista on hyötyä sekavan potilaan hoitotyössä.

”Omaisten läsnä ollessa potilas pyritään irrottamaan lepositeistä.”

”Teho-osastolla omaiset ovat yleensä aktiivisesti mukana potilaan hoidossa. Omaisista on ehdottomasti hyötyä sekavan potilaan hoidossa.”

Vastaajilta kysyttiin miten hoitotyöntekijöiden osaamista ja tiedon tasoa suhteessa rajoitustoimenpiteisiin voisi parantaa. Molempien mielestä työntekijöiden koulutus olisi hyvä tapa tiedon ja osaamisen lisäämiseksi. Muiksi mahdollisiksi keinoiksi kerrottiin ammatillisen kokemuksen kerryttäminen, erilaiset turvalaitteet, moniammatillinen yhteistyö potilaiden hoidossa esim. terapeuttien kanssa sekä selkeät toimintasuunnitelmat hoitoyksiköissä.

Vastaajilta kysyttiin, minkälaisia omavalvonnan keinoja työyksiköissä voisi olla sen varmistamiseksi, että rajoittamistilanteet sujuvat eettisesti ja asianmukaisesti. Molempien vastaajien mielestä hoitavan lääkärin konsultaatio, ja potilaan tilan arvioiminen yhdessä oli tärkeää. Toisen vastaajan mielestä ohjeet rajoittamistilanteita varten, ja niiden noudattaminen ovat tärkeässä roolissa. Kirjaaminen ja seurantalomakkeiden käyttö mainittiin myös oleelliseksi, myös siksi että seuraava vuoroon tuleva hoitaja voi arvioida rajoittamisen tarpeellisuuden uudelleen. Myös koulutus rajoittamislaitteiden turvallisesta käytöstä mainittiin yhdeksi keinoksi.

”Rajoitustoimenpiteeseen ryhdyttäessä olisi hyvä arvioida potilaan tila yhdessä hoitavan lääkärin kanssa.”

8.4 Yhteistyö tilaajan kanssa

Oppaan suunnittelu ja tekovaiheessa opinnäytetyöntekijä oli yhteydessä tilaajaan, eli yhdyshenkilöönsä joka oli vuodeosastojen ylihoitaja. Tuotteesta haluttiin tehdä mahdollisimman hyödyllinen juuri kohdeorganisaatiolle. Oppaan sisältö haluttiin muokata sellaiseksi, että se parhaiten vastaisi kohdeorganisaation tarpeisiin. Tilaajalla oli mahdollisuus vaikuttaa oppaan sisältöön. Tilaajalle lähetettiin suunnitelma siitä, mitä opas tulisi sisältämään, ja pyydettiin kommentteja suunniteltuun sisältöön liittyen, ja kysyttiin minkälainen tieto olisi heille oleellista. Valmis opas myös hyväksytettiin tilaajalla ennen painamista.

9 KIRJALLINEN OPAS TUOTOKSENA

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotteen, eli oppaan tekeminen alkoi huhtikuussa 2017. Oppaan tekeminen alkoi työsuunnitelman teolla. Työsuunnitelmassa käytiin läpi oppaan sisältö, jakelu ja painaminen. Valmis työsuunnitelma lähetettiin keskussairaalan yhdyshenkilölle, vuodeosastojen ylihoitajalle. Ylihoitaja välitti suunnitelman vuodeosastojen osastonhoitajille. Opinnäytetyöntekijä sai luvan aloittaa oppaan tekemisen työsuunnitelman mukaisesti. Opasta kirjoitettiin huhtikuun lopun ja toukokuun alun ajan, opinnäytetyön kirjallista osuutta teoriapohjana käyttäen. Ennen painoon toimittamista, opas hyväksytettiin opinnäytetyön tilaaja. Valmis opas painettiin koossa A5, ja toimitettiin manuaalisesti viidelle kohdeosastolle.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Näyttöön perustuva tutkimustieto ja terveydenhoitoalan käytännöt sekä toimintatavat potilaiden fyysisen rajoittamisen suhteen sairaalahoidossa ovat ristiriidassa. Hoitohenkilökunnan pääsääntöinen motiivi on suojata potilaita vahingoilta, ja varmistaa hoidon onnistuminen. Kuitenkin tutkimuksissa käy ilmi, ettei rajoittaminen ehkä lisäisikään potilasturvallisuutta, ja sen sijaan rajoittaminen itsessään saattaa aiheuttaa potilasvahinkoja, esimerkiksi lisätä sidottujen potilaiden kaatumisriskiä, infektioherkkyyttä ja hidastaa potilaan kuntoutumista. Fyysinen rajoittaminen ei ole asianmukaista sekavan potilaan hoitoa, vaan voi päinvastoin provosoida potilaan levottomuutta. (Evans, Wood & Lambert 2003, 274–282; Jämsen, Kerminen, Strandberg & Valvanne 2015, 977–893; Lach. & Leach 2016, 17–25; Saarnio 2009, 30–31; Salmen-Puumalainen 2014, 8.)

Opinnäytetyötä tehdessäni vastaan tuli muutamia interventioita ja strategioita siitä, kuinka rajoittamistilanteita voisi välttää ja ennaltaehkäistä. Enemmän kuin oikeita käytännön keinoja, löytyi kehotuksia siitä, että suunnitelmia, strategioita ja interventioita tulisi kehittää hoitoyksiköihin. Vaikka muutamat löytämäni olemassa olevat interventiot ja strategiat saataisiin toimintamalleiksi jokaiseen terveydenhuollon yksikköön, tuskin ilman henkilökunnan koulutusta ja määrätietoista esimiestyötä saataisiin todellista toimintakulttuurin muutosta aikaan. Myös tämänhetkinen laki-aukkotilanne pitää kentän tilanteen epäselvänä, eivätkä lausunnot, kannanotot ja ohjeet ole yhtä käytännön toimiin pakottavia, kuin mitä laki olisi.

10.1 Eettisyys

Kaikkeä tieteellistä toimintaa ohjaavat tutkimuseettiset periaatteet (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 23–27; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 222–224). Tämän opinnäytetyöprosessin kannalta olennaisia eettisiä lähtökohtia olivat tutkimusluvan anominen ja saaminen koululta sekä vuodeosastojen ylihoitajalta, haastateltavien osallistumisen vapaaehtoisuus, tietoinen suostumus ja anonymiteetti sekä rehellisyys koko työn tekemisen ajan.

10.2 Projektin arviointi

Opinnäytetyön tutkimussuunnitelma vaiheessa opinnäytetyöntekijä teki SWOT-analyysin työstä (Taulukko 1.). Analyysissä luetellut vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat tuntuvat opinnäytetyöntekijästä edelleen realistisilta opinnäytetyön valmistuessa. Heikkoudet laatikossa ensimmäinen kohta osoittautui epätoodeksi. Ainetta on tutkittu ja siitä löytyy aineistoa, mutta pääosin englannin kielenä. Ensimmäinen kohta laatikossa ”Uhat” osoittautui niinkin todeksi, että paperisen kirjaamispohjan laatimisesta luovuttiin kokonaan.

Alkuperäisen suunnitelman mukaan opinnäytetyöntekijän oli tarkoitus tuottaa myös rajoittamistilanteiden kirjaamisen pohja. Tämä kävi kuitenkin ongelmalliseksi, sillä VKS on siirtymässä paperittomaksi sairaalaksi, joten paperisten lomakkeiden säilyttäminen olisi saattanut olla ongelmallista käytännössä. Opinnäytetyöntekijä konsultoi loppuvaiheen tietotekniikan insinööriopiskelijaa siitä, että saisiko kirjaamispohjia sähköiseksi. Kirjaamispohjien koodaaminen sähköiseen muotoon ei olisi osoittautunut ongelmalliseksi, mutta lomakkeiden liittäminen ESKO-potilastieto järjestelmään olisi ollut monimutkaista, ja vaatinut lupien hakemista useammalta eri taholta. Kirjaamispohjan tekemisestä siis luovuttiin kesken opinnäytetyön teko prosessin.

10.3 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusideoita ovat: potilaiden ja omaisten kokemusten ja parannusideoiden selvittäminen koskien suoja- ja rajoitustoimenpiteitä, tutkimus potilasvahinkojen ja henkilökunnan työtapaturmien määrästä suhteessa yksiköissä toteutuneisiin rajoitustoimenpiteisiin, kirjaamispohjan laatiminen rajoittamistilanteita varten, elektroninen kirjaamispohja rajoittamistilanteita varten, joka tallentaa tiedot sähköiseen potilastietojärjestelmään, selvitys siitä, voiko psykiatristen sairaaloiden uhka-, ja vaaratilanteiden ennaltaehkäisy strategioita soveltaa somaattisen puolen sairaaloissa ja somaattiseen hoitoon luotujen rajoittamistilanteita ehkäisevien interventioiden tutkiminen käytännössä.

LÄHTEET

Alarvo-Messo, S. 2010. Liikkumisen rajoittaminen ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa perheenjäsenten kuvaamana. Pro gradu -tutkielma, Tampereen yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos.

Ali-Melkkilä, T. & Randell, T. 1998. Vanhus ja anestesia. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, numero 16. Viitattu 16.2.2017. <http://www.duodecim-lehti.fi/lehti/1998/16/duo80345>

Erkinjuntti, T. & Leppävuori, A. 2006. Sekavuus. Teoksessa Neurologia, 161–163. Toim. Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

ETENE 2009. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Kannanotto. Potilaan itsemääräämisoikeuden suoja- ja rajoitustoimenpiteet. Helsinki. Viitattu 27.4.2017. <http://etene.fi/documents/1429646/1556020/Lausunto+potilaan+itsem%C3%A4%C3%A4r%C3%A4%C3%A4misoikeuden+suoja+ja+rajoitustoimenpiteist%C3%A4.pdf/5ef22526-b857-4e0c-8da1-fe97a99e27be>

Evans, D & FitzGerald, M. 2002. Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis. *International Journal of Nursing Studies*, Vol 39 (7), 735–743. Elsevier Science Ltd.

Evans, D., Wood, J. & Lambert, L. 2003. Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 274–282. Blackwell Publishing Ltd.

Fimea 2005. Potilaiden sidontajärjestelmien turvallinen käyttö. Laiteturvallisuustiedote 1/2005. Viitattu 10.4.2017. <https://www.fimea.fi/-/potilaiden-sidontajarjestelmien-turvallinen-kaytto-laiteturvallisuustiedote-1-20-1>

Färkkilä, M & Kolho, E. 2006. Enkefaliitin diagnostiikka. Teoksessa Akuuttihoitopros, 244–247. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Havio, M., Mattila, R., Sinnemäki, T. & Syysmeri, L. 1994. Päähteet, niiden vaikutukset ja vaikutusten tunnistaminen. Teoksessa Päähteenkäyttäjä hoitotyön haasteena, 83–108. Helsinki. Kirjayhtymä Oy.

HE108/2014. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaalihuollon asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamiseksi ja rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksistä sekä eräiksi siihen liittyviksi laeiksi. Luku 9, 43§ & 44§. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 25.1.2017. <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2014/20140108#idp9221760>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutkimuksen eettiset vaatimukset & tutkimustyytit ja aineistonkeruun perusmenetelmät. Teoksessa Tutki ja kirjoita, 23-27 & 191–220. Helsinki. Tammi.

Hohti, T. 2013. Kehitysvammainen tai autistinen potilas. Teoksessa Sairaanhoidajan käsikirja, 737–738. Toim. Mustajoki, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Holmberg, J. 2013. Päihde- ja mielenterveysongelmien samanaikainen esiintyminen. Teoksessa Sairaanhoidajan käsikirja, 839–841. Toim. Mustajoki, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Huttunen, M. 2015. Tietoa potilaalle: Sekavuustila (delirium). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 10.4.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=&p_artikkeli=dlk00357

Jämsen, E., Kerminen, H., Strandberg, T. & Valvanne, J. 2015. Kun tauti paranee, mutta potilas ei – Sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen. Suomen Lääkärilehti 2015 vol. 70 no 14–15, 977–993.

Kaivola, J. & Lehtonen, L. 2002. Lepositeiden käyttöön liittyvät potilasvahingot. Suomen Lääkärilehti 36/2002, 57, 3504–3509.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimuksen eettisyys. Teoksessa Tutkimus hoitotieteessä, 211–228. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Kokko, K., Hokkinen, K., Vanjoki, A. & Lönnroos, E. 2017. Fyysisten rajoitteiden käyttö perustuu harvoin lääketieteelliseen arvioon. Suomen Lääkärilehti 8/2017, 72, 529–530.

Koskentausta, T. 2006. Kehitysvammaisten henkilöiden aggressiivisuus ja itsensä vahingoittaminen. Suomen lääkäri 46/2006, 61, 4827–4833.

Kuronen, M. 2017. Neuropsychiatric symptoms, psychotropic drug use and physical restraints in older persons. Cross-sectional study in home care and residential care. University of Eastern Finland. Health Sciences. Kuopio. Viitattu 14.3.2017. http://publications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2432-2/urn_isbn_978-952-61-2432-2.pdf

Käypä hoito -suositus 2008. Aivovammat. Helsinki: Suomalainen lääkäri Duodecim. Viitattu 15.3.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi18020>

Käypä hoito -suositus 2017. Muistisairaudet. Helsinki: Suomalainen lääkäri Duodecim. Viitattu 16.3.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50044>

Lach, H. & Leach, K. 2016. Evidence-Based Practice Guideline: Changing the Practice of Physical Restraint Use in Acute Care. *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 42, 2, 17–25.

L 17.1.1986/41. Päihdehuoltolaki. Luku 2, 10§ & luku 4, 26§. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 22.3.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041#L4P26>

L 14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 21.4.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Luku 2, 6§ & 8§. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 25.1.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P6>

L 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä. Luku 3, §15. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 10.4.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#L3P15>

L 11.6.1999/731. Suomen perustuslaki. Luku 2, §7. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 13.4.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

L 30.12.2010/1326. Terveystenhuoltolaki. Luku 1, 8§. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 22.3.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

L 20.5.2016/381. Laki kehitysvammaisten erityishuollosta. Luku 3a, 42j§. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 24.3.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1977/19770519#L3aP42j>

L 21.12.2016. Tartuntatautilaki. Luku 6. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 22.2.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20161227#Lidp576608>

L 298/2009. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 13.4.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>

Lapin AMK 2017. Opinnäytetyön toteuttaminen, opinnäytetyön toteutustapoja. Viitattu 25.4.2017. <http://www.lapinamk.fi/fi/Opiskelijalle/Opinto-opas,-AMK-tutkinto/Opinnaytetyoohje/Opinnaytetyon-toteuttaminen>

Leppävuori, A. 2015. Akuutin psykoosin diagnostiikka. Teoksessa Akuuttihoito-opas, 627–629. 18. uudistettu painos. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Loisa, P. 2006. Delirium tremens. Teoksessa Tehohoito-opas, 271–272. Toim. Ala-Kokko, T., Perttilä, J., Ruokonen, E. & Takkunen, O. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Louhela, S. & Saarinen, S. 2006. Väkiältä terveydenhuollon eri toimialoilla. Pro gradu -tutkielma, Tampereen yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos.

Mannila, A. & Pihko, H. 2012. Lisävammat ja sairaudet. Teoksessa Kehitysvammainen, 98–147. Toim. Kaski, M. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Pitkälä, K. 2006. Vanhuksen sekavuusoireyhtymän diagnostiikka. Teoksessa Akuuttihoito-opas, 520–525. Toim. Elonen, E., Mäkijärvi, M. & Vuoristo, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Pitkälä, K. 2012. Sitomista voidaan vähentää vanhainkodeissa. Suomen Lääkärilehti 35/2012, 67, 2362.

Saarnio, R. 2009, 19–35. Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 1924, Oulun yliopisto, Oulu.

Sakomaa, J., Vartia, H., Yliruka, J. & Kapanen, M. 2013. Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen Päijät-Hämeen ja Kymenlaakson sosiaali- ja terveydenhuollossa 2012. Etelä-Suomen aluehallintovirasto.

Salmen-Puumalainen, K. 2014. Potilaan fyysinen rajoittaminen hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma, Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta, Hoitotieteen laitos.

Sariola, S. 2014. Rajoituksia säätelevä laki parantaa oikeusturvaa. Suomen Lääkärilehti 39/2014, 69, 2438.

Silfverberg, P. 2007. Projekti kehittämisen välineenä ja projektisykli. Teoksessa Ideasta projektiksi, projektityön käsikirja, 21–33 & 34–44. Helsinki. Edita.

Sosiaali-, ja terveysministeriö 2014. Tiedote. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeutta halutaan vahvistaa. Viitattu 20.1.2017. http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/sosiaali-ja-terveydenhuollon-asiakkaan-itsemääräämisoikeutta-halutaan-vahvistaa

THL 2016. Työpaperi 35/2016. Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Toim. Kärkkäinen, J. Helsinki.

THL 2011. Potilasturvallisuusopas, potilasturvallisuuslainsäädännön ja -strategian toimeenpanon tueksi. Tampere. Viitattu 25.4.2017. <https://www.thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Aineiston hankinta ja määrä laadullisessa tutkimuksessa & laadullisen aineiston analyysi. Teoksessa Laadullinen tutkimus ja sisällyönanalyysi, 71–90 & 91–124. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Valvira, 2015. Potilaan itsemääräämisoikeus. Viitattu 25.1.2017. <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemaaramisoikeus>

Valvira, 2015. Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö. Viitattu 15.3.2017. http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/liikkumista_rajoittavien_turvavälineiden_kaytto

Vaula, E. 2014. Päivystyspotilaan ja henkilökunnan turvallisuus. Potilaan Lääkäri-lehti 9/2014. Viitattu 25.1.2017. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/kommentit/paivystyspotilaan-ja-henkilokunnan-turvallisuus/>

Vaula, E. & Henriksson, M. 2015. Potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen somaattisessa hoidossa. Teoksessa Akuuttihoito-opas, 689–693. 18. uudistettu painos. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Viden, H. 2013. Vanhuksiin kohdistettavat pakko- ja rajoitustoimenpiteet laitoshoidossa. Pro gradu -tutkielma, Lapin yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Julkisoikeus/Lääkintäoikeus.

Ämmälä, A-J. & Ekelund, J. 2012. Somaattinen pakkohoito. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim, 128, 6, 648–651.

HAASTATTELULOMAKE

Hyvä vastaanottaja. Tämä on haastattelulomake AMK opinnäytetyötä varten. Tämän opinnäytteen aiheena on; Fyysinen rajoittaminen, opas Vaasan keskussairaalaan. Haastattelu koostuu kuudesta avoimesta kysymyksestä.

1.Pitäisikö somaattisissa sairaaloissa tapahtuvaa sitomista pyrkiä vähentämään? Jos vastasit kyllä, mitä keinoja tähän voisi olla?

2.Miten osaston hoitokulttuuri vaikuttaa potilaiden rajoittamistoimenpiteiden käyttöön?

*3.Onko kokemuksesi mukaan käytännöt ja hoitohenkilökunnan asenteet potilaiden rajoittamista kohtaan muuttuneet sen jälkeen, kun kuntayhtymässänne otettiin käyttöön ohjeet potilaan suojaamiseen, suojaamisten kirjaamisen sekä seurantaan liittyen?

4.Miten kokemuksesi mukaan omaisten informointi toteutuu? Onko omaisista hyötyä vai haittaa sekavan potilaan hoitotyössä?

5.Miten käytännössä hoitotyöntekijöiden osaamista rajoitus toimenpiteiden suhteen voisi parantaa?

6.Minkälaisia omavalvonnan keinoja työyksiköissä voisi olla eettisesti asian mukaisten rajoitustoimenpiteiden toteuttamiseksi?